

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY											
Nr						z dnia					
<i>Wypełnia Zarząd Fundacji</i>											
Część A											
Informacje o Wnioskodawcy											
<i>Wnioskodawcą jest osoba która zwraca się o pomoc do fundacji</i>											
Imiona i nazwisko Wnioskodawcy											
Funkcjonariusz		Pracownik cywilny		Emeryt		Rencista					
PESEL											
Data przyjęcia do służby lub pracy w PSP											
Data zwolnienia ze służby lub pracy w PSP											
Stopień											
Telefon kontaktowy											
Adres email											
Adres i telefon jednostki organizacyjnej, w której pełni (pełnił emeryt, rencista) służbę lub pracuje Wnioskodawca											
Dane adresowe Wnioskodawcy											
Adres zameldowania											
Ulica								Nr domu/lokalu			
Miejscowość								Kod pocztowy			
Województwo											
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)											
Ulica								Nr domu/lokalu			
Miejscowość								Kod pocztowy			
Województwo											

Dane Beneficjenta

*Beneficjent to osoba, której ma być udzielona pomoc.
jeżeli jest to wnioskodawca należy przepisać dane z części poprzedniej*

Imię (imiona)		Nazwisko	
Data Urodzenia		Miejsce urodzenia	
PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/> Płeć	K / M

Dane pozostałych Beneficjentów

Wypełnij jeżeli zwracasz się o pomoc dla więcej niż jednej osoby

Imię (imiona)		Nazwisko	
Data Urodzenia		Miejsce urodzenia	
PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/> Płeć	K / M
Imię (imiona)		Nazwisko	
Data Urodzenia		Miejsce urodzenia	
PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/> Płeć	K / M
Imię (imiona)		Nazwisko	
Data Urodzenia		Miejsce urodzenia	
PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/> Płeć	K / M
Imię (imiona)		Nazwisko	
Data Urodzenia		Miejsce urodzenia	
PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/> Płeć	K / M

Część B				
Informacja o rodzinie i sytuacji materialnej				
Liczba osób pozostających z Wnioskodawcą we wspólnym gospodarstwie domowym				
w tym:				
				dzieci do lat 18:
				młodzież ucząca się w wieku 18-25 lat:
Dane dotyczące dochodu członków rodziny (współmałżonek, partner, dzieci) pozostających z Wnioskodawcą we wspólnym gospodarstwie domowym:				
LP.	Imiona i nazwiska członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Wysokość dochodów (miesięcznie netto)
		WNIOSKODAWCA		
Dodatkowe dochody				Wysokość miesięczna
zasiłek pielęgnacyjny				
zasiłek stały				
zasiłek rodzinny				
zasiłek okresowy przyznany na więcej niż 3 miesiące				
świadczenie pielęgnacyjne				
zasiłek z tytułu samotnego wychowywania dziecka				
zasiłek z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego				
zasiłek z tytułu wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej				
zasiłek z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego				
zasiłek z tytułu podjęcia przez dziecko nauki w szkole poza miejscem zamieszkania				
zasiłek dla bezrobotnych				
alimenty zasądzone sądownie i do ręki				
dodatek mieszkaniowy				
inne zasiłki i dodatki				
dochód z gospodarstwa rolnego				
dochód z prowadzonej działalności gospodarczej				

Pomoc finansowa otrzymana wcześniej z Fundacji „Solidarni”			
Lp.	Rok	Kwota netto	
Pomoc finansowa otrzymana z innych Fundacji, komendy PSP, innych instytucji			
Lp.	Nazwa	Rok	Kwota netto

Cześć C
Dane rachunku bankowego
Numer rachunku bankowego Wnioskodawcy (na ten rachunek bankowy przelewana będzie pomoc)
Dane właściciela rachunku

Cześć D
Szczegółowe uzasadnienie wniosku

Dokładny opis przypadku losowego, historia choroby.

--

Cześć F.
Zestawienie załączników do wniosku
Proszę zaznaczyć „x”

Kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej programu STRAŻAK

Kopia legitymacji służbowej PSP lub emerytalnej	
Kopia dowodu tożsamości wnioskodawcy	
Kopia dowodu tożsamości współmałżonka wnioskodawcy	
Kopia aktu urodzenia dzieci wnioskodawcy	
Dokument potwierdzający prawo do opieki nad dzieckiem (w przypadku przysposobienia, lub adopcji)	
Kopia legitymacji szkolnej, lub studenckiej	
Kopie dokumentów potwierdzających wysokość dochodów wnioskodawcy (Deklaracja PIT)	
Kopia dokumentu potwierdzającego wysokość dochodu współmałżonka i dorosłych dzieci (Deklaracje PIT)	
Inne dokumenty potwierdzające wysokość dochodów (rolnictwo, działalność gospodarcza itp.)	
Karta informacyjna leczenia szpitalnego	
Karty informacyjne leczenia rehabilitacyjnego	
Inne karty informacyjne leczenia	
Orzeczenie komisji lekarskiej	
Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	
Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalistycznego	
Zaświadczenie lekarskie	
Skierowanie na specjalistyczne leczenie i rehabilitację	
Protokół powypadkowy	
Inne dokumenty potwierdzające proces leczenia	

Cześć F
Zestawienie wydatków

<i>Lp.</i>	<i>Numer dowodu wpłaty (faktura, rachunek, potwierdzenie kosztów)</i>	<i>Kwota</i>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
SUMA		

Cześć G
Oświadczenia

(proszę zaznaczyć właściwe pole w każdym oświadczeniu)

<i>Niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z „Regulaminem zasad korzystania i przyznawania pomocy ze środków finansowych Fundacji przeznaczonych na pomoc dla poszkodowanych funkcjonariuszy i pracowników PAŃSTWOWEJ STRAŻY POŻARNEJ oraz członków ich rodzin” i zobowiązuję się do jego przestrzegania pod rygorem konieczności zwrotu całości lub części udzielonej pomocy.</i>	<i>TAK NIE</i>
<i>Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z faktu podania nieprawdziwych lub niepełnych danych celem uzyskania korzyści majątkowej lub osobistej, niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje podane we „Wniosku o przyznanie pomocy” są kompletne i zgodne z prawdą, a także że nie zataiłem żadnych danych lub informacji istotnych dla sprawy.</i>	<i>TAK NIE</i>
<i>Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn.zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie i publikację danych osobowych zawartych w formularzu oraz załącznikach przez Fundację Pomocy Poszkodowanym Funkcjonariuszom i Pracownikom Państwowej Straży Pożarnej oraz Członkom ich Rodzin „Solidarni” oraz powierzenie w celu przetwarzania innym podmiotom zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w zakresie niezbędnym do realizacji działań Fundacji. Administratorem danych osobowych jest Prezes Zarządu Fundacji. Dane osobowe są przetwarzane przez Fundację Pomocy Poszkodowanym Funkcjonariuszom i Pracownikom Państwowej Straży Pożarnej przez Członkom Ich Rodzin „Solidarni” z siedzibą 00-463 Warszawa, ul. Podchorążych 38.</i>	<i>TAK NIE</i>
<i>Wyrażam zgodę na publikację wizerunku mojego (wnioskodawcy), oraz beneficjentów przez Fundację Pomocy Poszkodowanym Funkcjonariuszom i Pracownikom Państwowej Straży Pożarnej oraz Członkom ich Rodzin „Solidarni” w celach informacyjnych.</i>	<i>TAK NIE</i>
<i>Miejscowość i data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>